Le Numéro : 10 CENTIMES — N° 35 — 29 Avril 1896 — 7 FRANCS par An.

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

ABONNEMENTS :
ris et Départements. . . . . 7 fr.
ranger. . . . . 10 fr.
s abonnements partent du commencement de chaque mois.

ADMINISTRATION :
EORGES CARRÉ, ÉDITEUR
3, RUE RACINE, Paris

DIRECTION SCIENTIFIQUE
F. BRUN, Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY, Professeur de thérapeutique, Médecin de l'hôpital Laënnec, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER, Professeur agrégé, Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers
E. BONNAIRE, Professeur agrégé, Accoucheur des hôpitaux.
M. LETULLE, Professeur agrégé, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
L. OLIVIER, Docteur ès sciences.
DE LAVARENNE, Médecin des Eaux de Luchon.
M. LERMOYEZ, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à
M. LE Dr DE LAVARENNE
SECRÉTAIRE-GÉNÉRAL

Les communications verbales sont reçues les lundi et vendredi
De 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris

SOMMAIRE

VIATIONS LATÉRALES DES ORTEILS, par M. P. Mauclaire 205

THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

e nouvelle médication astringente de la diarrhée, par M. R. Romme 210

ANALYSES

natomie et Physiologie : Fonctions des glandes surrénales, par M. Gourfein 211

édecine : Deux cas de tachycardie paroxystique essentielle, Traitement par l'injection intra-veineuse de sérum artificiel, par M. A. Chauffard. — La ponction du ventricule latéral dans les affections traumatiques et néoplasiques du cerveau, par M. Von Beck 211

stétrique et Gynécologie : Accidents et complications de la symphyséotomie, par M. A. Jorand . . . 212

érapeutique et Matière médicale : De l'emploi préventif de la quinine contre le paludisme, par M. Laveran 212

propos des modifications du règlement de l'internat, par M. Henri Hartmann CLXXII

s médecins étrangers CLXXII

SOCIÉTÉS SAVANTES

adémie de médecine : Sur l'appendicite, M. Pozzi. M. Dieulafoy CLXXII

ciété de biologie : Altérations microbiennes de la biliverdine, MM. Hugounenq et Doyon. — Sur un procédé nouveau de préparation de la biliverdine, MM. Hugounenq et Doyon. — Sur un cas d'infection pneumococcique, M. Carrière. — De l'origine et du mode de transformation de la graisse dans l'organisme animal, M. Kaufmann. — Recherche de l'acide urique dans le tartre salivaire au cours de la pyorrhée alvéolaire (gingivite arthro-dentaire), M. Galippe. — Un nouveau sthétoscope, M. Chauveau. — Greffe et pigmentation, M. Carnot et Mlle Deflandre. — Squelette d'un lapin présentant l'aspect du rachitisme, MM. Charrin et Gley. — De l'influence de la circulation sur les phénomènes thermiques de la contraction musculaire, MM. A. Broca et Ch. Richet CLXXIII

BIBLIOGRAPHIE

hérapeutique de la tuberculose, par M. H. Barth. . . CLXXIII

Phospho-Glyco-*Glycérophosphate* e fer et Manganèse **FER CHEYNET**

RUBINAT SOURCE LLORACH Le meilleur purgatif naturel

POUGUES St-LÉGER Souverain antidote des maladies de l'estomac.

HAMAMELIDINE LOGEAIS

Glycérophosphate de chaux Freyssinge.

PHOTO-GAZETTE, *Revue internationale illustrée de la photographie et des sciences et arts qui s'y rattachent*. Journal absolument indépendant. *Rédacteur en chef* : G. Mareschal. Paraît par fascicules mensuels de 20 pages in-8° jésus, avec une illustration hors texte. — Prix de l'abonnement annuel ; Paris et Départements. 7 fr.; Etranger, 8 fr. (Georges Carré, éditeur, 3, rue Racine, Paris).

FACULTÉ DE MÉDECINE

Actes de la Faculté.

THÈSES DE DOCTORAT

Mercredi 6 Mai 1896, à 1 heure. — M. Babon : L'état gastrique des ataxiques. Etude clinique et de chimisme stomacal ; MM. Hayem, Fournier, Gilles de la Tourette, Wurtz. — M. Bardury : De l'association fréquente des phénomènes cérébraux bulbaires aux symptômes médullaires de la syphilis ; MM. Fournier, Hayem, Gilles de la Tourette, Wurtz. — M. Casamayor-Dufour : Sur la prophylaxie de la tuberculose ; MM. Grancher, Straus, Netter. Gaucher. — Mlle Sélacovitch : Certains accidents articulaires chroniques consécutifs au rhumatisme articulaire aigu : MM. Straus, Grancher, Netter, Gaucher. — M. Follet : De la présence, notamment dans le sang et dans le suc des tumeurs, de plaques bactérigènes. Polymorphie de la tuberculose et du cancer ; MM. Straus, Grancher, Netter, Gaucher. — M. Monscourt : L'otite moyenne tuberculeuse ; MM. Tillaux, Varnier, Tuffier, Walther. — M. Schober : Contribution à la pathogénie et à la clinique des tumeurs kystiques salpingiennes à forme irrégulière ; MM. Tillaux, Varnier, Tuffier, Walther.

Jeudi 7 Mai 1896, à 1 heure. — M. Olgiati : Splénectomie dans l'hypertrophie malarique de la rate ; MM. Guyon, Laboulbène, Marfan, Hartmann. — M. Albert : Valeur thérapeutique des enveloppements humides du thorax dans les broncho-pneumonies infantiles ; MM. Laboulbène, Guyon, Marfan, Hartmann.

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 4 Mai 1896. — Dissection : MM. Reynier, Retterer, Poirier. — (Deuxième partie) : MM. Ch. Richet, André. Heim. — 3e Oral (Première partie), (1re série) : MM. Terrier, Monod, Varnier. — 3e Oral (Première partie), (2e série) : MM. Marchand, Reclus, Walther. — 5e (Première partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu : MM. Tillaux, Tuffier, Lejars. — 5e (Deuxième partie), Hôtel-Dieu : (1re série) : MM. Potain, Fournier, Marie. — 5e (Deuxième partie), Hôtel-Dieu : MM. Hayem, Landouzy, Gilles de la Tourette.

Mardi 5 Mai 1896. — Dissection : MM. Mathias-Duval, Rémy, Thiéry. — 2e Oral (Première partie), (1re série) : MM. Raymond, Pollaillon, Poirier. — 2e Oral (Première partie), (2e série) : MM. Cornil, Quenu, Gley. — 3e Oral (Première partie), (1re série) : MM. Duplay, Bar, Hartmann. — 3e Oral (Première partie), (2e série) : Panas, Nélaton, Bonnaire. — 3e (Deuxième partie) : MM. Dieulafoy, Achard, Ménetrier. — 4e : MM. Proust, Marfan, Thoinot. — 5e (Première partie), Chirurgie, Charité, MM. Guyon, Campenon, Albarran. — 5e (Deuxième partie), Charité, (1re série) : MM. Jaccoud, Charrin, Marie. — 5e (Deuxième partie), Charité (2e série) : MM. Laboulbène, Chantemesse, Cilbert.

Mercredi 6 Mai 1896. — Médecine opératoire : MM. Marchand, Delbet, Broca. — 2e Oral (Première partie), (1re série) : MM. Reynier, Retterer, Poirier. — 2e Oral (Première partie), (2e série) : MM. Monod, Remy, Ricard. — 2e (Deuxième partie), (1re série) : MM. Gautier, Weiss, André. — 2e (Deuxième partie), (2e série) : Gariel. Ch. Richet, Chassevant. — 3e : MM. Pinard, Reclus, Lejars.

Jeudi 7 Mai 1896. — Médecine opératoire : MM. Panas, Nélaton, Thiéry. — 2e Oral (Première partie), (1re série) : MM. Raymond, Chantemesse, Poirier. — 2e Oral (Première partie), (2e série) : MM. Berger, Polaillon, Wurtz. — 2e Oral (Première partie), (3e série) : MM. Mathias-Duval, Le Dentu. Rémy. — 3e Oral (Première partie) : MM. Duplay, Albarran, Bonnaire. — 3e (Deuxième partie) : MM. Cornil, Gilbert, Achard. — 4e (1re série) : Pouchet, Ménétrier, Netter. — 4e (2e série) : MM. Grancher, Proust, Thoinot.

Vendredi 8 Mai 1896. — Dissection : MM. Tillaux, Reclus, Poirier. — 2e Oral (Première partie), (1re série) : MM. Ch. Richet, Reynier, Broca. — 2e Oral (Première partie), (2e série) : Rémy, Retterer, Thiéry. — 2e (Deuxième partie), (1re série) : MM. Gautier, Heim, Weiss. — 2e (Deuxième partie), (2e série) : MM. Gariel, André, Chassevant. — 4e : MM. Pouchet, Landouzy, Netter. — 5e (Première partie), Chirurgie, Charité (1re série) : MM. Monod-Delbet, Walther. — 5e (Première partie), Chirurgie, Charité (2e série) : MM. Terrier, Ricard, Lejars. — 5e (Deuxième partie), Charité : MM. Potain, Straus, Thoinot. — 5e (Première partie), Obstétrique, Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Marchand, Varnier.

Samedi 9 Mai 1896. — Dissection : MM. Polaillon, Quénu, Hartmann. — 2e Oral (Première partie), (1re série) : MM. Mathias-Duval, Campenon, Gley. — 2e Oral (Première partie) (2e série) : MM. Rémy, Poirier, Thiéry. — 5e (Première partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu : MM. Duplay, Berger, Albarran. — 5e (Deuxième partie) Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Raymond, Hutinel, Roger. — 5e (Deuxième partie), Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Joffroy, Ménétrier, Achard. — 5e (Deuxième partie), Charité, (1re série) : MM. Dieulafoy, Gilbert, Letulle. — 5e (Deuxième partie), Charité, (2e série) ; MM. Laboulbène, Cornil, Marfan. — 5e (Première partie), Obstétrique, Clinique d'accouchement rue d'Assas : MM. Bar, Maygrier, Bonnaire.

HOPITAUX

Concours des Hôpitaux (Médecine). — 2e épreuve. Ont obtenu :

MM.	Tot.	MM.	Tot.
Gallois	18 — 36	de Grandmaison.	18 — 35
Berbez	18 — 35	Deschamps	17 — 31

Concours des Hôpitaux (Accouchements). — Le jury est ainsi constitué : MM. Tarnier, Doléris, Porak, Budin, Bouilly, Muselier et Delens, les six premiers juges ont accepté.

Institution d'une Commission technique pour la recherche des moyens propres à empêcher la contagion de la tuberculose dans les hôpitaux. — Le directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique.

Vu la proposition faite au Conseil municipal par MM. Bompard et Clairin, et tendant à l'institution d'une Commission spéciale, pour l'étude et la recherche des moyens propres à empêcher la contagion de la tuberculose dans les hôpitaux.

Vu la délibération conforme prise par le Conseil municipal, dans sa séance du 22 Avril 1896.

Arrête :

Art. 1er. — Est instituée une Commission spéciale, à l'effet d'étudier et de déterminer les mesures propres à empêcher la contagion de la tuberculose dans les hôpitaux.

Art. 2. — Sont désignés pour faire partie de la Commission dont il s'agit :

MM. Brouardel, doyen de la Faculté de médecine, président du Comité consultatif d'hygiène publique de France, président.

Bompard, vice-président du Conseil municipal.

Clairin, membre du Conseil municipal.

Debove, médecin chef de service à l'hôpital Beaujon.

Dubrisay, membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique.

Duguet, médecin chef de service à l'hôpital Lariboisière.

Gibert, médecin du traitement à domicile.

Grancher, professeur de clinique à l'hôpital des Enfants-Malades.

Hanot, médecin chef de service à l'hôpital Saint-Antoine.

Landouzy, médecin chef de service à l'hôpital Laënnec.

Lannelongue, chirurgien chef de service à l'hôpital Trousseau.

Letulle, médecin chef de service à l'hôpital Saint-Antoine.

VICHY-CÉLESTINS

SPARADRAPS ANTISEPTIQUES DEBUCHY

BORICINE MEISSONNIER Antisepsie des muqueuses.

Levraud, membre du Conseil municipal, et membre du Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine.

A.-J. Martin, inspecteur général de l'assainissement et de la salubrité de l'habitation de la ville de Paris.

Navarre, membre du Conseil municipal et du Conseil de surveillance de l'Assistance publique.

Périer, chirurgien chef de service à l'hôpital Lariboisière, membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique.

Potain, professeur de clinique médicale à l'hôpital de la Charité, membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique.

Risler, maire du VII[e] arrondissement, membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique.

Roux, sous-directeur de l'Institut Pasteur.

Strauss, président de la V[e] Commission du Conseil municipal, et membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique.

Thoinot, médecin des hôpitaux.

Félix Voisin, membre de la Cour de cassation, vice-président du Conseil de surveillance de l'Assistance publique.

M. Thoinot remplira les fonctions de secrétaire.

A PROPOS

DES MODIFICATIONS DU RÈGLEMENT DE L'INTERNAT

Le vent de réformes, qui souffle sur l'Administration de l'Assistance publique, se porte, en ce moment vers l'internat de nos hôpitaux. Celui-ci est encore *théoriquement* réglementé suivant les dispositions établies dans une délibération de l'ancien conseil général des Hospices, en date du 1[er] Juillet 1835, délibération approuvée par le ministre de l'intérieur le 26 Août 1839. *Pratiquement*, les divers articles de ce règlement sont depuis longtemps tombés en désuétude, et l'on ne peut guère aujourd'hui songer à les mettre en vigueur. La nécessité d'un règlement applicable s'étant plusieurs fois fait sentir à la suite de divers incidents survenus dans ces dernières années, le Conseil de surveillance a demandé à M. le Directeur général de vouloir bien élaborer un nouveau règlement.

Plus heureux que les médecins et les chirurgiens des Hôpitaux, les internes ont été priés par M. le Directeur général de lui exposer leurs vœux. Nous ne nous en plaindrons pas, les modifications qu'ils proposent aujourd'hui nous paraissant excellentes à tous égards.

L'Association amicale des internes et anciens internes vient, d'autre part, de s'occuper de la question dans sa dernière assemblée générale, du samedi 25 Avril. Le moment semble donc venu d'exposer l'état de la question.

* * *

Quelques-unes des modifications proposées portent sur des points secondaires et ne prêtent pas à discussion; elles seront certainement acceptées, car elles ne font que sanctionner des pratiques depuis longtemps établies par l'usage.

Il y a certainement lieu de supprimer les articles qui disent que les internes doivent « tenir le cahier de visite »..... les externes s'en chargent; « faire les scarifications »..... il y a, dans chaque hôpital, un ventouseur *ad hoc*; « garder les appareils chirurgicaux »..... ceux-ci ont, depuis longtemps, disparu des services de chirurgie.

Nous pensons que l'Administration fera, de même, droit aux demandes des internes sur le règlement du service des gardes. L'ancien règlement dit : « Le service de la garde sera réglé, dans les hôpitaux, par les soins de MM. les Directeurs, qui appelleront les élèves suivant l'ordre dans lequel ils sont portés sur la liste de nomination. » Or, il semble beaucoup plus rationnel qu'on laisse, comme cela se fait actuellement, les internes agir, suivant leurs convenances personnelles, et dresser eux-mêmes la liste des tours de garde qu'ils porteront le 1[er] de chaque mois à la connaissance du Directeur de l'hôpital.

Il y aurait aussi lieu de supprimer l'article disant que l'interne ne peut sortir de la salle de garde. Qu'on laisse l'interne coucher dans sa chambre, travailler à la bibliothèque ou dans un laboratoire de l'hôpital, peu importe, pourvu que, sur une ardoise placée dans la salle de garde, en lieu bien visible, soit toujours indiqué l'endroit où il se trouve.

A supprimer aussi l'article qui dit que les élèves ne pourront recevoir personne pour manger à leur table, puisque, à l'heure actuelle, les internes se nourrissent à leurs frais.

La création d'un laboratoire central dans chaque hôpital, dont on a déjà parlé au Conseil municipal et que vient de préconiser un vote de l'Assemblée générale des internes et anciens internes, nous semble une idée excellente. Actuellement, on peut le dire, beaucoup d'argent est gâché dans des laboratoires multiples, et d'une utilité contestable. La centralisation de tous les appareils, de tous les réactifs, de tout le matériel, dans un même local, avec un chef de laboratoire responsable, permettra de réaliser des économies et rendra des services bien plus considérables que n'en rendent les petits et multiples laboratoires actuels, dont l'activité est éphémère. Cette mesure permettra, en outre, aux internes sérieux de travailler dans l'hôpital même, au lieu d'être obligés de courir dans des laboratoires souvent éloignés; elle leur évitera ainsi une perte de temps et les retiendra près de leurs malades, ce dont ceux-ci bénéficieront.

Pour la même raison, retenir autant que possible l'interne à l'hôpital, nous demandons le maintien des bibliothèques de salles de garde, que quelques-uns rêvent de remplacer par une bibliothèque centrale de l'Internat. Ces bibliothèques d'hôpital, dont s'est beaucoup occupé autrefois M. Bourneville au Conseil municipal, rendent, quoiqu'on en ait dit, des services bien plus considérables que de belles bibliothèques où les ouvrages, soigneusement rangés dans des vitrines fermées, charment l'œil du promeneur, mais n'ont pas l'utilité pratique des petites bibliothèques actuelles. Certes, il s'y perd chaque année des volumes et c'est regrettable; mais, grâce à la modique cotisation que s'imposent mensuellement les internes, et à la petite subvention que leur alloue chaque année le Conseil municipal, on peut dire qu'actuellement leur importance est beaucoup plus grande qu'il y a une vingtaine d'années.

Sur tous ces points, nous sommes d'accord avec nos collègues d'internat. Nous ne suivrons pas, au contraire, les anciens internes lorsqu'ils demandent, ce que n'avaient cependant pas demandé les internes en exercice, une augmentation de traitement. Actuellement, les internes n'ont pas de traitement à proprement parler; ils ne sont pas fonctionnaires; ils ne subissent pas de retenue pour la caisse des retraites. Leur service, comme celui des médecins et chirurgiens des hôpitaux, n'est pas rétribué; tous se contentent d'une maigre indemnité qui leur paie partiellement leurs frais de voiture. C'est un honneur en même temps qu'un profit scientifique pour les uns et les autres de soigner les pauvres gratuitement. Arriver à donner des appointements en rapport avec les services rendus, ce serait grever bien inutilement le budget déjà si chargé de l'Assistance publique, ce serait faire des internes de simples employés de l'Administration, ce qui n'est pas, croyons-nous, leur désir.

Un point plus important et plus discutable est celui qui a trait à l'*exercice de la médecine et de la chirurgie par les internes*; n'étant pas docteurs en médecine, ils n'ont pas le droit de prescrire des médicaments aux malades, ni de pratiquer une intervention. Or, par la nature de leurs fonctions, obligés de faire des prescriptions, de pratiquer des interventions, ils tombent journellement sous le coup des articles 1 et 18 de la loi du 30 Mai 1892 sur l'exercice illégal de la médecine.

Pour parer à ces inconvénients, on a proposé d'autoriser les internes à passer leur thèse. Le faire, serait une erreur. Si l'Administration s'est autrefois opposée au doctorat des internes, c'est qu'elle avait pour cela des raisons excellentes, qui le sont encore aujourd'hui. Ce qu'il faut, c'est non pas donner à l'interne le droit de pratiquer la médecine en ville, mais le mettre à couvert pour tout ce qu'il pourra faire honnêtement à l'hôpital.

Faut-il pour cela s'appuyer sur le dernier paragraphe de l'article 16 de la loi du 30 Novembre 1892, touchant les conditions de l'exercice illégal de la médecine : « les dispositions du présent article ne peuvent s'appliquer aux élèves en médecine qui agissent comme aides d'un docteur ou que celui-ci place auprès de ses malades... », nous ne le croyons pas. Certes l'élève, chloroformisant un malade pendant une opération pratiquée par son chef, se trouve, en cas d'accident, couvert, du fait de cet article; mais, il n'est nullement à l'abri des poursuites qui pourraient résulter d'un accident survenu pendant une intervention faite par lui, d'urgence, sur un malade qui vient d'entrer à l'hôpital.

Ce qu'il faut, c'est que l'interne soit couvert, même en l'absence de son chef. Pour cela, il suffirait de s'appuyer sur l'article 6 de la même loi : « Les internes des hôpitaux, nommés au concours et munis de douze inscriptions, peuvent être autorisés à exercer la médecine à titre de remplaçants de docteurs en médecine. Cette autorisation, délivrée par le préfet du département, est limitée à trois mois; elle est renouvelable dans les mêmes conditions. »

L'interne pourrait ainsi être autorisé à remplacer son chef dans sa clientèle hospitalière. Ce serait alors affaire au chef, de déterminer quelles interventions son interne est en état de pratiquer. Cela vaudrait beaucoup mieux que de dresser une liste générale d'opérations, que tous les internes auraient le droit de faire librement. Il est évident que, pour ma part, j'autoriserai un interne qui est habile, instruit, qui m'a vu pratiquer plusieurs fois une intervention, qui l'a répétée sous mes yeux, à la faire en mon absence, alors que, dans des conditions inverses, je n'hésiterai pas à opérer moi-même.

L'interne, étant légalement couvert, se dispensera-t-il de l'autorisation de son chef, pour pratiquer des opérations hasardées? Nous ne ferons pas aux internes, l'injure de les croire capables d'agir de pareille manière. Et s'il se trouvait parmi eux, quelque brebis galeuse, rien ne serait plus simple que de lui infliger une peine disciplinaire et de ne pas lui renouveler l'autorisation préfectorale qui légalement ne peut être valable pour plus de trois mois.

Dans leurs desiderata, les internes émettent encore plusieurs vœux, qui nous paraissent mériter qu'on y prête attention.

Alors que, dans toutes les Ecoles, la date de la rentrée est fixe, on a vu les internes entrer en fonctions : en 1886, le 1[er] Janvier; en 1887, le 1[er] Février; en 1894, le 10 Mars; en 1895, le 1[er] Mars; en 1896, le 1[er] Février. Il y a là une variabilité des plus regrettables, tel interne faisant une année, quatorze mois dans un service, l'année suivante, neuf mois dans un autre.

Les internes proposent qu'on fixe la date d'entrée dans les services, d'une manière définitive, au 1[er] Mars. Cette date nous paraît bien choisie, le concours devant, vu l'époque du départ pour le service militaire, commencer dans la deuxième quinzaine d'Octobre et pouvant se terminer à une date variable du 15 Janvier au 15 Février [1].

Nous approuvons de même les internes lorsqu'ils demandent que : « tout candidat convaincu de fraude dans les épreuves du concours de l'internat soit exclu pour toujours des divers emplois de l'Assistance publique »... « Le président du jury sera tenu de signaler à M. le Directeur général les noms des candidats qui se seront rendus coupables de manœuvres frauduleuses. »

La quasi-impunité à peu près assurée aux candidats malhonnêtes qui, pris sur le fait, se voient simplement ajournés à un an, a certainement encouragé les malheureux qui se sont laissés aller, pendant la lecture de leur copie, à en modifier le texte. On ne saurait être trop sévère pour des étudiants qui volent, en somme, à d'autres, la place qu'ils méritent.

* * *

Comme on le voit, nous ne trouvons qu'à approuver dans le projet qu'ont émis nos jeunes collègues en exercice. S'il doit en être ainsi dans toutes les questions qui lui seront soumises, nous ne pouvons qu'applaudir à la création de ce que quelques-uns ont dédaigneusement appelé le Syndicat des internes.

HENRI HARTMANN,
Chirurgien des Hôpitaux.

LES MÉDECINS ÉTRANGERS

Les internes français en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices de l'Assistance publique à Paris ont signé, à la presque unanimité, par 218 adhérents contre 11 opposants, la motion suivante :

I. — Tout étranger pourra prendre ses inscriptions dans une Faculté de médecine. Mais le diplôme de docteur ne lui sera accordé qu'à titre étranger, sans lui conférer aucun droit à l'exercice en France.

II. — Nul étranger ne pourra exercer la médecine en France, s'il n'est naturalisé, s'il n'a fait son service militaire, s'il n'est bachelier.

Cette pétition a pour but de demander dans nos Facultés, la séparation de l'étude de la médecine, étude qui doit rester largement ouverte aux étrangers, de l'exercice professionnel, pour lequel une réglementation sévère s'impose.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

28 Avril 1896.

Sur l'appendicite. — M. Pozzi. Y a-t-il des formes d'appendicites médicales qui doivent être respectées, et des formes chirurgicales qui appellent toujours l'intervention?

Ou bien existe-t-il surtout des formes intermédiaires dans lesquelles l'intervention est discutable? Cette question est encore en litige.

Le 9 Avril 1896, G. B..., atteint de diarrhée, est pris de frissons, de douleurs brusques dans la fosse iliaque droite et de vomissements; pas de ballonnement du ventre, pas de fièvre. Au premier abord, on crut à l'existence d'une

1. Cette année, le concours s'est terminé le 20 Janvier, et il y avait une centaine de copies de moins qu'il y a deux ans. Rien ne nous dit que l'an prochain, avec un nombre de copies plus considérable, le concours sera terminé le 1[er] Février.

colique hépatique; mais en se basant sur le siège, les caractères de la douleur, on put poser le diagnostic d'appendicite. Le malade raconta que, depuis son enfance, il avait été atteint plusieurs fois de poussées analogues. En même temps, il présenta des crises de coliques hépatiques.

Deux jours après le début, le malade n'avait plus de fièvre, son état général était bon, mais on arrivait, par la pression, au niveau de l'appendice, à réveiller une douleur très vive.

L'opération fut pratiquée : après avoir refoulé à gauche l'anse oméga qui se trouvait déviée à droite, je trouvai en arrière du cæcum et assez haut un appendice violacé, dur, en position verticale ; il était entouré d'adhérences, ne contenant pas de pus, et présentait une perforation. Je réséquai l'appendice et après cautérisation au thermocautère, et suture profonde, je pratiquai le drainage et appliquai un pansement antiseptique.

Le malade est aujourd'hui en bonne santé.

Il ne s'agissait pas là d'appendicite perforante aiguë, mais plutôt d'un appendicite chronique, qui aurait pu devenir le point de départ d'une péritonite purulente.

Les cas d'appendicite torpide, bénigne en apparence, sont donc justiciables, comme les cas aigus, de l'intervention chirurgicale. Ces appendicites peuvent, il est vrai, s'amender quelquefois par le traitement médical; mais, le malade reste toujours un infirme et exposé à de nombreuses récidives.

Je crois aussi que la coudure de l'appendice peut avoir quelque importance dans l'étiologie de l'appendicite, et explique son apparition dans le cas où l'on ne trouve pas de calcul.

Cette flexion agit de deux façons : 1° en fermant momentanément l'appendice et en favorisant la pullulation et l'absorption des germes; 2° en tordant et en oblitérant les vaisseaux de l'appendice, ce qui favorise la gangrène des parois.

Cette position coudée de l'appendice expliquerait peut-être aussi l'appendicite familiale.

Il y a quelques jours, j'ai dû également, pour une poussée aiguë au cours d'une appendicite chronique, pratiquer la résection de l'appendice chez un de mes élèves.

Nous avons trouvé cet organe sclérosé, rétréci en un point, tordu sur lui-même et contenant trois petits calculs.

Des deux faits précités, je crois pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Les types cliniques divers qui ont été décrits par les auteurs (appendicite suraiguë perforante, appendicite pariétale simple avec colique appendiculaire, appendicite aiguë avec péritonite localisée, appendicite subaiguë, appendicite chronique à rechutes, etc.) méritent d'être distingués au point de vue symptomatique.

2° Au point de vue du pronostic, ils tendent à se confondre; on doit se souvenir que toute appendicite confirmée, quel que soit le type auquel elle appartienne et quelle que soit sa bénignité apparente, peut tendre rapidement vers la perforation; si elle guérit, elle tend à la récidive.

3° Toutes les fois qu'un appendice donne lieu à des accidents locaux et généraux, quelle qu'en soit la gravité, il doit être enlevé sans retard. En effet, ou bien ces accidents font courir immédiatement un danger de mort, ou bien s'ils s'apaisent momentanément, ils laissent le malade atteint d'une infirmité souvent pénible et toujours menaçante.

M. Dieulafoy présente, au nom de M. Ledentu, l'observation suivante :

Un jeune homme de seize ans est atteint d'appendicite; pendant quinze jours, il est traité médicalement; son état s'améliore, puis une poussée aiguë reparaît.

M. Ledentu pratique la laparotomie et trouve un appendice gros, incurvé; après l'avoir ouvert, on constate qu'il est villeux, et qu'à un centimètre et demi de l'extrémité, il existe un rétrécissement, autour duquel le péritoine est épaissi.

Des faits analogues sont extrêmement fréquents chez les jeunes gens, et créent chez eux une véritable infirmité, les empêchant de se livrer à aucun exercice, à aucune profession fatigante, infirmité qui n'est susceptible de guérir que par l'intervention chirurgicale.

M. Labbé.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

25 Avril 1896.

Altérations microbiennes de la biliverdine. — **MM. Hugounenq et Doyon.** La bile de bœuf exposée au contact de l'air, perd sa teinte verte et prend une coloration rouge. Ce changement de coloration est dû à la réduction de la biliverdine et à l'apparition d'un pigment nouveau formé aux dépens de cette substance.

Cette réduction semble due, d'après les auteurs, à un cocco-bacille, isolé dans la bile en voie de putréfaction au moyen de cultures sur plaques.

Ce microbe est mobile, liquéfie la gélatine et ne fixe pas le Gram.

D'autres microbes (staphylococcus aureus, vibrion septique, etc.), réduisent la biliverdine, mais moins rapidement.

Cette réduction aboutit à l'apparition de son pigment qui donne à la bile et aux milieux de cultures liquides, une coloration rouge.

Ce pigment se distingue de la biliverdine par sa solubilité et sa teinte dichroïque en solution aqueuse.

Sur un procédé nouveau de préparation de la biliverdine. — **MM. Hugounenq et Doyon.** On mélange la bilirubine sèche à une petite quantité de bioxyde de sodium. On ajoute goutte à goutte de l'eau, puis de l'acide chlorhydrique dilué, jusqu'à saturation complète. Le mélange fonce peu à peu. On verse encore de l'acide jusqu'à l'apparition de la couleur vert franc.

A ce moment, on lave le précipité jusqu'à disparition de l'acidité des eaux de lavage. Le pigment est enfin dissous dans l'alcool absolu, qui abandonne, par évaporation, la biliverdine pure.

Ce procédé rapide et fidèle, permet de préparer de grandes quantités de biliverdine.

Sur un cas d'infection pneumococcique. — **M. Carrière.** Il s'agit d'un malade qui, le 25 Décembre 1895, présenta subitement tous les symptômes d'une pneumonie du lobe inférieur gauche, et qui succomba quatre jours après dans un état semi-comateux, avec abolition des réflexes rotuliens et abdominaux. L'évolution et les symptômes relevés au cours de la maladie permirent de faire le diagnostic de pneumonie à forme typhoïde.

A l'autopsie, on trouve dans les deux tiers inférieurs du poumon gauche, tous les caractères de l'hépatisation rouge, par places on trouve des îlots d'hépatisation grise.

La muqueuse intestinale fortement hypérémiée, présente, de distance en distance, des ecchymoses sous-muqueuses, sans traces d'ulcérations.

La rate volumineuse est molle et diffluente ; le foie décoloré présente des foyers hémorrhagiques.

Le cœur s'affaisse et présente une couleur feuille morte prononcée. Les reins sont congestionnés.

Les méninges cérébrales sont très hypérémiées; la moelle est sillonnée de vaisseaux gorgés de sang.

Au point de vue histologique, la substance blanche ne présente pas d'altérations, les tubes nerveux sont intacts. De distance en distance, on trouve de petits foyers d'hémorrhagies interstitielles. La névroglie présente par places des traces d'infiltration leucocytaire.

Les leucocytes distendent surtout les gaines lymphatiques périvasculaires. Bon nombre de ces leucocytes renferment des diplocoques avec ou sans capsules apparentes.

Les cellules nerveuses sont un peu plus volumineuses que normalement. Les noyaux sont mal colorés et leurs limites peu précises. Dans l'intérieur de ces cellules quelques diplocoques, les uns nettement encapsulés, les autres sans capsule, plus ou moins profondément situés dans la cellule.

Autour de ces microbes le protoplasma est mal coloré. Dans la capsule péri-cellulaire, les diplocoques sont tantôt libres, tantôt renfermés dans les leucocytes.

Peut-être est-ce à la présence de ces diplocoques au sein de ces cellules, qu'était due l'abolition des réflexes rotuliens et abdominaux constatés chez le malade.

De l'origine et du mode de transformation de la graisse dans l'organisme animal. — **M. Kaufmann.** Les conclusions de l'auteur sont les suivantes : Tous les principes immédiats des aliments sont susceptibles de servir à la formation de la graisse qui s'accumule dans le corps des animaux.

Chez les carnassiers, la presque totalité de la graisse emmagasinée, provient directement de l'albumine et de la graisse des aliments.

Les matières hydrocarbonées sont certainement susceptibles de se transformer directement en graisse; mais elles contribuent surtout à la formation graisseuse par voie indirecte, en facilitant énormément la transformation de l'albumine en graisse et en préservant de l'oxydation la graisse déjà formée et emmagasinée.

Les matières hydrocarbonées sont particulièrement propres à fournir l'énergie nécessaire aux besoins immédiats de l'organisme.

Les matières albuminoïdes et les graisses sont, au contraire, propres à fournir surtout l'énergie destinée à être mise en réserve pour les besoins lointains.

Recherche de l'acide urique dans le tartre salivaire au cours de la pyorrhée alvéolaire (gingivite arthro-dentaire). **M. Galippe.** — Des expériences ont été faites dans des conditions et avec des soins suffisants, pour déceler la présence de quantités même très faibles d'acide urique.

Si la présence de cet acide, aussi bien dans la salive, le tartre frais, et sec que dans les extrémités des racines des dents, n'a pas été constaté, c'est parcequ'il n'y en avait pas la moindre trace dans les échantillons examinés ou que les méthodes suivies ne permettaient pas de les déceler.

L'origine exclusivement goutteuse de la pyorrhée alvéolaire ne paraît donc pas devoir être acceptée, bien qu'il soit établi depuis longtemps que les arthritiques et les rhumatisants offrent un terrain de prédilection au développement de cette maladie, dans laquelle, d'après l'auteur, l'élément infectieux joue un rôle si prépondérant.

Nouveau stéthoscope. — **M. Chauveau** présente un nouveau stéthoscope à transmission aérienne, qui se prête également bien à tous les genres d'auscultation, tant physiologique que médicale, chirurgicale, obstétricale.

Il permet de plus d'entendre admirablement tous les bruits musculaires : il n'existe pas de meilleur myophotoscope. Enfin cet appareil se prête mieux que tout autre à l'auscultation simultanée par plusieurs opérateurs à la fois.

Greffe et pigmentation. — **M. Carnot** et **Mlle Deflandre.** Tout en conservant les deux conclusions posées dans une précédente note, les auteurs les précisent par suite de recherches ultérieures.

La vitesse d'extension et la persistance de la pigmentation dans la greffe sont fonction, non seulement, des cellules greffées, mais aussi de la richesse des pigments de l'animal qui reçoit la greffe.

Ces greffes évoluent rapidement sur un animal très coloré. Elles rétrocèdent non moins rapidement chez les albinos. D'autre part, on ne doit pas comprendre dans la seconde conclusion les greffes provenant de dépigmentation particulière (vitiligo, syphilides pigmentaires, etc.) dont les cellules présentent, au contraire, une vitalité considérable, et qui sont en extension sur les parties pigmentées.

Squelette d'un lapin présentant l'aspect du rachitisme. **MM. Charrin et Gley.** — Il s'agit d'un animal issu de générateurs soumis à des intoxications chroniques par des toxines, toxines pyocyaniques, diphtériques, tuberculeuses, etc.

Les constatations faites pendant la vie (atrophie générale, gastro-entérite, abdomen volumineux et saillant), et, après la mort (distensions, difformités osseuses), permettent de penser qu'on a pu reproduire le rachitisme ou un état singulièrement voisin.

De l'influence de la circulation sur les phénomènes thermiques de la contraction musculaire. — **M. A. Broca** et **Ch. Richet.** De nombreuses expériences permettent d'établir que l'interruption de la circulation rend le phénomène de la variation négative beaucoup plus marqué; et il paraît prouvé que toute cause qui affaiblit la contractilité du muscle amène un état de la fibre musculaire, tel que l'excitation produit du refroidissement (au début) et non de l'échauffement.

MM. Drouin et **Renon** lisent une note sur une **mycose sous-cutanée innommée du cheval.**

M. Féré dépose une note sur **un cas d'épilepsie spontanée, non provoquée par l'expérimentation chez un lapin.**

Ainsi qu'une note sur **l'influence des infections de peptone dans l'albumine de l'œuf de poule et sur l'évolution de l'embryon.**

MM. Doyon et Dufour déposent une note sur une **opération de fistule biliaire chez le chien** qui leur a permis d'affirmer que l'influence des repas sur la sécrétion biliaire est nulle.

M. Garnault dépose un travail sur des **recherches expérimentales et cliniques dans le traitement chirurgical de certaines formes de surdité.**

MM. Wertheimer et **A. Lepage** déposent un travail sur **l'action de la zone motrice du cerveau sur les mouvements des membres du côté correspondant.**

R. Mercier.

BIBLIOGRAPHIE

H. Barth. — *Thérapeutique de la tuberculose.* Octave Doin, éditeur, Paris, 1896.

M. H. Barth vient de publier, dans la *Bibliothèque de Thérapeutique médicale et chirurgicale*, un excellent volume sur la « Thérapeutique de la tuberculose ». Ce volume vient compléter la « Thérapeutique des maladies des organes respiratoires », paru dans la même collection; conçu dans le même esprit pratique, nous sommes convaincu qu'il trouvera, auprès du public médical, un accueil non moins favorable.

C'est que M. H. Barth s'est proposé de mettre tout son savoir et toute son expérience au service du médecin, pour l'aider dans la tâche la plus lourde peut-être qui lui incombe, celle de lutter contre la tuberculose. Nous pouvons affirmer qu'il a pleinement réussi; et nous ne croyons pas que l'on puisse rencontrer, dans la littérature médicale, un exposé plus scientifique et tout à la fois plus clinique, de la conduite que l'on doit tenir dans les diverses circonstances qui peuvent se présenter dans la pratique.

Sans entrer dans les détails, nous pouvons dire que l'ouvrage de M. H. Barth se divise en trois parties. La première est un exposé de thérapeutique générale, où sont étudiés les divers moyens de traitement en usage contre la tuberculose avec leurs avantages et leurs inconvénients, leur mode d'emploi suivant les variétés cliniques. La seconde partie a pour objet le traitement qui doit être appliqué à chacune des manifestations de la tuberculose. La troisième est consacrée au chapitre si important de la prophylaxie; car, s'il est bon de guérir la maladie, il est préférable encore de la prévenir.

A ce point de vue, nous ne saurions mieux faire, pour bien montrer toute la portée de l'ouvrage de M. Barth, que de citer ses propres paroles : « Les règles de défense que la science moderne a tracées, et que nous reproduisons dans ce manuel, n'intéressent pas seulement les médecins; il serait à souhaiter quelles fussent lues et méditées par tout le monde. »

E. De Lavarenne.

L'Éditeur-Gérant : Georges Carré.

Paris. — Imprimerie L. Marethheux, 1, rue Cassette.

Airol

Marque "GRIFFON"

Antiseptique interne et externe

a tous les avantages de l'Iodoforme sans en avoir les inconvénients.

L'AIROL n'est pas toxique et est inodore.
L'AIROL est un cicatrisant des plaies.
L'AIROL n'irrite pas les muqueuses.
L'AIROL est d'un emploi beaucoup moins dispendieux que l'Iodoforme. — *EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES.*

CHLORAL BROMURÉ DUBOIS

Sirop prescrit à la dose de 3 à 6 cuillerées, selon l'âge, dans les 24 heures
MALADIES NERVEUSES, INSOMNIES, VERTIGES, ETC..., COQUELUCHE
Paris, 20, Place des Vosges ET TOUTES PHARMACIES.

LYSOL

ANTISEPTIQUE. — *Échantillon franco à MM. les Médecins qui en font la demande.*
22 et 24, PLACE VENDOME

GLYCÉROPHOSPHATES

Phosphate vital de JACQUEMAIRE

Identique à celui de l'organisme. Entièrement assimilable, à base de CHAUX, de SOUDE ou de FER (1° SOLUT. GAZEUSE; 2° GRANULÉ; 3° SOL. INJECTABLE; 4° SIROP;) Indiqué dans: *NEURASTHÉNIE, PHOSPHATURIE, ALBUMINURIE. PHTISIE, ANÉMIE. Maladies des ENFANTS, CONVALESCENCES, etc.*

SEUL EXPÉRIMENTÉ DANS LES HOPITAUX DE PARIS
L. JACQUEMAIRE, Pharmacien de 1re Classe, à VILLEFRANCHE (Rhône) et toutes Pharmacies.

CRÉOSOTAL HEYDEN

Contenant **92 0/0** de Créosote de Hêtre pure et **8 0/0** d'Acide carbonique

Seul moyen d'administrer la Créosote de Hêtre à hautes doses sans fatiguer l'estomac, 2 à 3 cuillerées à café par jour.

CACHET DE GARANTIE HT

EXIGER LE CACHET DE GARANTIE " HEYDEN "

AVIS. — C'est la première et seule préparation qui ait été expérimentée dans les hôpitaux et qui ait donné des résultats très satisfaisants pour la guérison de la **TUBERCULOSE.**

VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES

GOUTTES CONCENTRÉES
10 à 30 gouttes par repas dans un peu d'eau et de vin.

Employé contre :
CHLOROSE ET ANÉMIE
avec **DYSPEPSIE** et en général dans tous les cas où les ferrugineux ordinaires ont échoué.

VIN
1 verre à liqueur immédiatement avant ou après chaque repas.

PEPTONATE DE FER ROBIN

Véritable Ferrugineux assimilable
Découvert par l'auteur en 1881.

ADMIS
Dans les Hôpitaux de Paris et les Hôpitaux coloniaux.

ÉLIXIR
1 verre à liqueur immédiatement après chaque repas.

Rapport de Berthelot (Voir comptes rendus Académie des Sciences 1885).
Sel défini, analysé officiellement en 1893 par le Dr Gabriel POUCHET, Profr de Pharmacologie à la Faculté de Médecine de Paris.

Le "Fer Robin" sel éminemment assimilable, représente la dernière forme chimique que prend le fer lorsqu'il a été digéré et sous laquelle il est assimilé. Sans saveur styptique, il est entièrement dissimulé aux réactifs du fer. — Il ne fatigue pas l'estomac, ne produit jamais la constipation et ne noircit pas les dents.
Pour éviter les contrefaçons, exiger le nom ROBIN. — VENTE en GROS : *Paris, 13, Rue de Poissy.*

NOTA
D'après le Dr Huchard, on doit prendre le Fer Robin en gouttes concentrées; en augmentant la dose progressivement de 2 gouttes par jour jusqu'à concurrence de 25 à 30 gouttes par repas.

Employé contre :
Rachitisme chez les Enfants,
Neurasthénie,
Phosphaturie, Débilité
pendant la Grossesse, etc.

Produits Glycérophosphatés Robin
Déposés en 1887 et 1891.
Les PREMIERS employés en Thérapeutique.

Glycérophosphate Granulé Robin

EXPÉRIMENTÉ DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Chaque cuillerée à café correspond à 0,25 centig. Glycérophosph. Chaux et 0,05 centig. Glycérophosph. Soude. — Chaque flacon est accompagné d'une cuillère-mesure en aluminium correspondant à une demi-cuillère à café.
DOSE : 2 à 3 mesures par repas dans un peu d'eau et de vin.

Vente en Gros : **13, RUE DE POISSY**

Type du Médicament Aliment
(Complément rationnel du traitement par les Glycérophosphates)

PEPTO-KOLA ROBIN

ÉLIXIR ANTINEURASTHÉNIQUE

contient tous les principes extractifs et volatiles de la **Kola** fraîche, associés à la **Peptone** et aux **Glycérophosphates**, formant ainsi la réunion des aliments d'épargne, toniques du système musculaire et nerveux.

Stimulant et Régénérateur par excellence

Cet élixir, digestif et très agréable, est destiné aux **Convalescents**, aux **Femmes** qui **allaitent**, aux **Neurasthéniques** et en général à toutes les personnes qui subissent **ou ont à craindre les conséquences** du surmenage.

DOSE : 1 verre à liqueur après chaque repas.

VENTE en GROS ; *13, Rue de Poissy, PARIS.*

Paris. — Imprimerie de la Cour d'appel, L. MARETHEUX, directeur, 1, rue Cassette.